



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1896 - Síndrome de Guillain Barré en Lumbalgia bilateral

A. Gargallo^a, S. Miravet Jiménez^b, S. Córdoba Peralta^c, A. Quintano Ruiz^a, R. di Donna^a y T. Badia Farré^b

^aMédico de Familia y Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Martorell Urbà. Martorell. Barcelona. ^bMédico de Familia. ABS Martorell Urbà. Martorell. Barcelona. ^cMédico de Familia y Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Martorell Urbà. Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 45 años: 01/05/2015 consulta por dolor lumbar irradiado a ambas EEII. Antecedentes: pericarditis con 35 años, rinitis alérgica, traqueobronquitis estacionales. 23/04/2015: consulta por traqueobronquitis. Inicia Atb por resolución incompleta. 28/04/2015: dolor grave zona lumbosacra irradiado a ambas EEII. Consulta MAP: tratamiento con AINEs.

Exploración y pruebas complementarias: 01/05/2015: urgencias por mala evolución del cuadro pese a tratamiento. EF: BEG, CyO, eupneica. NRL sin alteraciones. Se orienta como lumbociatalgia y se trata (ev): paracetamol, metamizol. Mal control: tramadol y petidina. Aparición de alteración visual: se atribuye a efectos atropínicos. Se deja en evolución. Dada la estabilidad, alta a domicilio con signos de alarma. 02/05/2015 reconsulta: inestabilidad en la marcha y en bipedestación, dificultad en deglución de líquidos y al habla. Reinstauración del dolor previo. EF: CyO, NH y NC. Eupneica. Glasgow15. No rigidez de nuca. Reflejo rotuliano disminuido y Aquíleo abolido. Babinski indiferente. Mobiliza las 4 extremidades. Parálisis facial bilateral con oclusión palpebral parcial. Rx tórax y analítica básica: normal. Serologías: VHS1, VHS2, CMV, rubeola, toxoplasma: IgG+ IgM-, VVZ IgG 2.649, IgM-.V IH y Borrelia-Treponema y Paul Bunell-. Antigangliósidos negativo. LCR: normal. TC dorso-lumbar-craneal y RM cráneo-encefálica: normales. RM dorsolumbar: discopatía inicial L4-L5+ protrusión posteromedial sin compromiso sacrorradicular. Captación de contraste raíces cola de caballo: en relación al cuadro inflamatorio o secundaria a PL. RM cervical: discopatía C5-C6 con protrusión posteromedial asociada a osteofitosis, sin compromiso mielorradicular. EMG: sugestivo de polirradiculopatía inflamatoria aguda. Ingreso UCI: Sd. Miller-Fisher: tratamiento con Igs. Estabilidad clínica. Ingreso MI: parálisis facial bilateral, paresia en ambas EEII. Rehabilitación. Alta: 02/06: estable, sin dolor, autonomía para deambulación, dificultad para levantarse, persistencia de paresia facial derecha. Tratamiento: pregabalina 25 mg. Clonazepam 0,5 mg/noche, duloxetina 30 mg.

Juicio clínico: Sd. Guillain-Barré (variante: Miller-Fisher) en mujer de 45 años.

Diagnóstico diferencial: MG, botulismo, mielopatías, intoxicaciones, enfermedades de motoneurona.

Comentario final: Sd. Guillain-Barré (SGB): incidencia 2/100.000 habitantes. Cursa con dolor en el 50%. Debuta de forma abrupta con parestesias simétricas distales pueden acompañarse de debilidad. Rápida progresión. Variante Miller-Fisher: oftalmoparesia externa, arreflexia y ataxia y llevar parálisis facial y disartria. Ac anti-GQ1b S: 95%. Patrón EMG atípico. Mejor pronóstico. Debilidad diafragmática es común: 1/3 requerirán VM. 50% presentan alteraciones SN autonómico que manifiesta de taquicardia hasta arritmia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burns TM. Guillain-Barré Syndrome. Semin Neurol. 2008;152-67.
2. Pardo J, Iglesias S. Polineuropatías dolorosas. En: Serra Catafau J. Tratado de dolor neuropático. Ed. MédicaPanamericana, Madrid. 2006;350.
3. Marzo Sola ME. Variante facial del síndrome de Guillain-Barré en un paciente, después de vacunarse de gripe A. Journals of Neurology. 2010.